

Självskattning av basala hygienrutiner

Enhet/verksamhet.....Datum.....

Självskattningen gäller det vård- och omsorgsmoment du precis/senast utförde.

Ange typ av arbetsmoment:.....

	JA	NEJ
Handsprit före vårdtagarnära arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handsprit efter vårdtagarnära arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korrekt användning av handskar d.v.s. vid risk för kontakt med kroppsvätskor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korrekt användning av plastförkläde d.v.s. vid risk för att arbetsdräkten kommer i kontakt med kroppsvätskor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Använt visir, vid behov munskydd, vid risk för stänk av kroppsvätskor mot ansiktet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortärmad arbetsdräkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utan ringar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utan armband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utan klocka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utan bandage, förband eller stödskena på händer och underarmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kort eller uppsatt hår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korta naglar utan nagellack eller konstgjort material	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motivera ditt/dina eventuella NEJ-svar:

.....

.....

.....